

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

161

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

CLAUDE MAIRESSE

Né le 13 octobre 1911, à Warmeriville (Marne).

**Contribution
à la Thérapeutique médicale
de la Cholécystite
non calculeuse chronique**

Président de Thèse : M. HARVIER, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

**Contribution à la Thérapeutique médicale
de la Cholécystite non calculeuse chronique**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

CLAUDE MAIRESSE

Né le 13 octobre 1911, à Warmeriville (Marne).

**Contribution
à la Thérapeutique médicale
de la Cholécystite
non calculeuse chronique**

Président de Thèse : M. HARVIER, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.
Physiologie.	ROUVIÈRE
Physique médicale.	LÉON BINET
Chimie médicale.	STROHL
Bactériologie.	DESGREZ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	Robert DEBRÉ
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT
Pathologie chirurgicale.	BAUDOUIN
Anatomie pathologique.	CHEVASSU
Histologie.	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale.	CHAMPY
Thérapeutique.	TIFFENEAU
Hygiène et médecine préventive.	HARDIER
Médecine légale.	TANON
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée.	LAIGNE-LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	FIESSINGER
	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBÉ
	LEREBoullet
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE
	CUNéo
Clinique chirurgicale.	GOSSET
	GRÉGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN
Clinique urologique.	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire.	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU..... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 PIÉDELIEVRE... Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIE..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale.
 J. BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CMAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ	
AUBERTIN ..		CADENAT ...	
BRULÉ		GATELLIER ..	
CHABROL ...		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT ..		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ ..	
LIAN		VELTER	
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
	Clinique obstétricale.	ECALLE	
		GUÉNIOT ...	
		LE LORIER ..	
		LÉVY-SOLAL ..	
		METZGER ...	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEY-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE,

LE DOCTEUR MARCEL MAIRESSE,

Chevalier de la Légion d'honneur, Croix de Guerre

Qui fut mon premier maître, en
témoignage de mon admiration
pour l'exemple qu'il n'a cessé de
me donner.

A MA MERE

En hommage de ma profonde affec-
tion et de ma reconnaissance.

A MES FRERES ET SŒURS,

A MA FIANCEE,

MEIS ET AMICIS,

A MON PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER,

*Professeur de Thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de la Pitié*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Qu'il veuille bien accepter l'expres-
sion de notre respectueuse gra-
titude.

A NOTRE MAITRE,

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BAUMEL

*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
de Montpellier*

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et dont l'aide et les tra-
vaux ont été pour nous du plus
précieux concours.

En témoignage de notre vive recon-
naissance et de notre respectueux
attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN VIRES,

*Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Montpellier.*

AU DOCTEUR ALBERT SENECHAL,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

AU DOCTEUR GEORGES BACHY,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin

Qui nous ont si souvent aidé de
leurs conseils au cours de nos
études médicales.

Que l'exemple de leur belle activité
professionnelle nous serve de ligne
de conduite.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT (Hôtel-Dieu),

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO (Hôtel-Dieu)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER (Beaujon)

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU (Saint-Louis)

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ (Trousseau)

MONSIEUR LE DOCTEUR LIAN (Tenon)

MONSIEUR LE DOCTEUR MILLIAN (Saint-Louis)

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU (Tarnier).

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION - DIAGNOSTIC

Dans le cadre varié des cholécystites non lithiasiques, la forme non calculeuse chronique occupe une place prépondérante.

Nous établirons dans ses grandes lignes le diagnostic de cette affection, avant de contribuer à sa thérapeutique.

Différente des autres cholécystites non lithiasiques, entité bien définie, la cholécystite non calculeuse chronique est caractérisée anatomiquement par une inflammation torpide des parois de la vésicule et par l'absence totale à la radiographie, à l'opération ou à l'autopsie de sable ou de calculs biliaires.

HISTORIQUE. — C'est en 1883, que KEEN publia, le premier, l'observation d'un malade porteur d'une vésicule remplie d'un liquide louche, sans calcul ni sable.

En 1856, LONGUET, élève de QUENU, soutient sa thèse sur les angio-cholécystites non calculeuses.

Entre 1916 et 1921, EINHORN, SMITHIES, FOWLER, BARKER, médecins et chirurgiens anglo-américains, contribuèrent successivement à la clinique et à la thérapeutique

de la cholécystite non calculeuse chronique. Son étude fut reprise en 1922 par G. SEMELAIGNE qui fournit dans sa thèse un remarquable travail d'ensemble sur la question.

FRÉQUENCE. — On fait jouer à la cholécystite non calculeuse chronique un rôle de plus en plus considérable dans la pathologie abdominale. Il y a quelques années, qui disait douleur vésiculaire, disait calcul, et on ne concevait guère d'autres cholécystites chroniques que celles de la lithiase biliaire.

Actuellement, SMITHES, dans une statistique portant sur mille cas de cholécystites chroniques, trouve une proportion de 47 pour 100 de cholécystites non calculeuses, contre 53 pour 100 de cholécystites avec calculs. Ajoutons que le sexe féminin semble plus particulièrement sujet à cette variété de cholécystite chronique.

PATHOGÉNIE. — La cholécystite non calculeuse chronique est due aux germes pathogènes qui infectent vésicule et bile vésiculaire. Plusieurs théories furent successivement invoquées pour expliquer cet apport microbien dans le cholécyste. GILBERT et son école en cherchèrent la cause dans l'exaltation de virulence des microbes, saprophytes physiologiques, de la vésicule. Ils incriminèrent ensuite la flore microbienne de l'intestin; celui-ci devenant le foyer primitif où germent les microbes qui infectent secondairement la vésicule par voie ascendante duodéno-cholédoco-cystique.

Actuellement, depuis les travaux de LEMIERRE et ABRAMI, la majorité des auteurs admet la théorie biliaire descendante, l'infection étant apportée aux voies biliaires par

la circulation générale : les germes pathogènes éliminés par le foie, charriés par la bile viendraient infecter la vésicule. La chronicité de l'affection serait imputable à des réinfections successives (cerceles vicieux de VINCENT LYON).

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

A) Symptômes fonctionnels

I. *La douleur vésiculaire*. — Analogue à la douleur de la cholécystite avec calculs, elle siège dans l'hypocondre droit au point cystique; elle apparaît, cependant, d'une façon moins brutale et irradie, le plus souvent, transversalement dans le dos.

II. *Les douleurs extra-vésiculaires*. — Ce sont parfois les plus importantes. « La vésicule se plaint en langage gastrique et appendiculaire ».

1° *Les douleurs gastriques*. — Le Professeur HARVIER a mis en évidence les relations qui existent entre vésicule biliaire et estomac « anatomiquement contigus, physiologiquement solidaires ». Les crises gastralgiques observées au cours de la cholécystite non calculeuse chronique « constituent un véritable équivalent gastrique de la colique hépatique » (HARVIER). Elles siègent au creux épigastrique et simulent les crises douloureuses d'un ulcus en période d'activité sans cependant en avoir ni l'acuité ni le cycle particulier. Nombre de malades porteurs de cholécystites non calculeuses chroniques, que

nous avons eu l'occasion d'examiner chez notre Maître J. BAUMEL, venaient consulter avec le diagnostic déjà posé d'ulcère gastrique et étaient traités comme tel.

2° *La douleur appendiculaire.* — La cholécystite non calculieuse chronique peut s'extérioriser également par une sensibilité au point de Mac-Burney et simuler une appendicite chronique. La coexistence d'une douleur dans la fosse iliaque droite et d'une algie au point cystique fut signalée une première fois par DIEULAFOY en 1905. G. DURAND et M. E. BINET donnèrent à ce complexe le nom de typho-cholécystite. Pour P. JACQUET, il s'agit surtout d'une algie pariétale à distance se projetant à l'emplacement exact du Mac-Burney et traduisant, comme dans l'appendicite chronique, la viscéralgie à distance.

III. *Nausées, anorexie, migraines.* — Cette triade symptomatique s'observe fréquemment dans la cholécystite non calculieuse chronique et possède une réelle valeur diagnostique.

IV. *Constipation.* — Tenace, résistante à la thérapeutique habituelle, alternant avec des périodes de débâcles diarrhéiques.

Signalons les crises transitoires d'aérophagie accompagnées de palpitations et d'angoisse précordiale, déterminant parfois le malade à consulter.

B) Symptômes généraux

L'évolution chronique de la cholécystite non calculieuse retentit sur l'état général :

1° Amaigrissement progressif avec parfois tableau net d'imprégnation bacillaire (CHIRAY et TRIBOULET).

2° Irritabilité et lassitude permanentes.

3° Fièvre légère accompagnant habituellement les poussées d'angio-cholite qui, à intervalles variables, se manifestent par du subictère, des urines rouges, des selles décolorées.

C) Symptômes physiques

Le signe capital est la douleur à la pression musculaire de la région vésiculaire. On appréciera la sensibilité de la vésicule par la manœuvre de Murphy ou douleur inspiratoire à la palpation. C'est le signe essentiel qui permet, à lui seul, de soupçonner la cholécystite.

La sensibilité vésiculaire s'accompagne presque toujours d'une douleur au palper de l'épigastre.

L'évolution. — Lente, par poussées successives, variables en intensité et en durée; la transformation en cholécystite lithiasique est peu fréquente.

D) L'examen radiologique

Radiologie après tétraiode. Cholécystographie (Méthode de SANDSTROM). — La vésicule est présumée pathologique :

1° Lorsqu'elle reste « muette » et qu'il n'existe pas d'opacification après une épreuve correcte.

2° Lorsqu'elle est visible, mais déformée, avec parois

épaisses, et que la cholécystographie est suivie d'une évacuation biliaire qui se fait mal ou très lentement après repas de Boyden. De toute façon on n'y voit pas d'ombres calculeuses.

A côté de ces signes directs de cholécystite, on note des troubles d'évacuation, des aspects anormaux de l'estomac et du duodénum, en rapport avec la péricholécystite et les adhérences qu'elle détermine.

E) Le tubage duodénal

Suivant la technique et avec la sonde de EINHORN, complétées par l'épreuve de MELTZER-LYON.

Après l'injection de sulfate de magnésie, on constate une réponse vésiculaire positive, alors que dans la cholécystite avec calculs et vésicule exclue, on n'obtient pas de bile B.

L'épreuve peut être « presque négative » avec très peu de bile vésiculaire lorsqu'il y a péricholécystite ou cystique obstrué par des brides.

MAILLET-GUY et PUIG ont insisté sur le fait que l'excrétion est douloureuse lorsque la vésicule est pathologique.

L'examen macroscopique. — La bile B est épaisse, floconneuse, de couleur foncée.

L'examen microscopique. — a) *Histologiquement* : on note une polynucléose considérable (ROTHMANN-MANNHEIM), des cellules épithéliales en grande quantité, des hémaliés.

b) *Chimiquement* : on constate une hypercholéstérinocholie, alors qu'il y aurait hypocholéstérinocholie dans la lithiase (LECLERC-BENDA-MILOCHEVITCH). Les pigments et les sels biliaires sont en quantité anormale (CHIRAY-L. CUNY-MARCOTTE);

c) *Bactériologiquement* : la bile duodénale est le plus souvent stérile, les germes pathogènes, staphylocoques, streptocoques, coli-bacilles étant répartis presque exclusivement dans les parois vésiculaires.

— La cholécystite non calculeuse chronique apparaît au clinicien comme une maladie complexe; cependant, un examen attentif joint à la cholécystographie et au tubage duodénal, permet de réunir plusieurs éléments qui assurent le diagnostic en éliminant les causes d'erreur, telles que appendicite, dyspepsie gastrique, cholécystite avec lithiase et autres affections du carrefour sous hépatique.

— Le diagnostic de la cholécystite non calculeuse chronique une fois assuré, si le thérapeute veut obtenir un résultat d'une façon médicale, il devra :

1° Traiter l'élément vésiculaire.

2° Envisager la participation gastro-intestinale et hépatique.

I. *Le traitement de l'élément vésiculaire.* — Il faudra :

a) Lutter contre l'infection du cholécyste et limiter la

pullulation microbienne en usant des antiseptiques biliaires et généraux.

b) Combattre l'atonie du muscle vésiculaire et en expulser la bile infectée et stagnante par le drainage des voies biliaires réalisé :

— Soit d'une façon mécanique par le tubage duodéal et l'excrétion vésiculaire provoquée.

— Soit d'une façon médicamenteuse, en utilisant les cholagogues et les cholérétiques.

c) Calmer les crises douloureuses par les agents physiques en employant de préférence les ondes courtes et la diathermie.

II. Le traitement des troubles gastro-intestinaux et hépatiques. — Il faudra :

a) Calmer les douleurs gastriques et l'irritabilité intestinale.

b) Prévenir le retour des crises vésiculaires et soigner la participation hépatique en instituant une diététique sévère secondée au besoin par une cure thermique.

Nous envisagerons successivement ces différents problèmes.

CHAPITRE II

LES ANTISEPTIQUES BILIAIRES

L'antisepsie du cholécyste est pour certains auteurs un problème insoluble, « une véritable chimère ».

Au cours du Congrès international de la lithiase biliaire à Vichy en 1932, le Professeur ABRAMI exposa les difficultés auxquelles se heurte l'antisepsie médicale. Considérer, en effet, l'infection comme une bactériocholie et ne s'attaquer qu'aux germes pathogènes biliaires est une infime partie du problème. Celui-ci se complique lorsqu'il s'agit d'aseptiser les tuniques vésiculaires qui participent, dans 100 pour cent des cas d'après GUNDERMANN et HUNTEMULLER, au processus infectieux et ensementent continuellement le liquide biliaire. En outre, si l'on adopte la théorie hématogène, il est nécessaire, pour être logique, de ne pas se cantonner à la vésicule ou à son contenu, mais d'étendre l'action de l'antiseptique au sang et au foie. Le Professeur HARVIER a insisté sur le fait que toute cholécystite, lithiasique ou non, s'accompagne d'une lésion hépatique. Enfin, il faut désinfecter les sources lointaines de l'infection : dents, amygdales, estomac, intestins.

Toutes ces difficultés « hérissent le problème d'obstacles »; nous verrons comment on a essayé de les aplanir et nous étudierons successivement les essais de désinfection du cholécyste :

1° *Par les antiseptiques biologiques* : sérums, vaccins, bactériophages.

2° *Par l'antisepsie ionique.*

3° *Par les antiseptiques chimiques.*

I. - LES ANTISEPTIQUES BIOLOGIQUES

Vaccinothérapie, sérothérapie. — Dans une statistique récente portant sur 240 vésicules lithiasiques et non lithiasiques, GUNDERMANN trouve 132 fois le staphylocoque et 26 fois le coli-bacille. Le para B et le streptocoque viennent en dernier lieu avec 9 et 8 cas, portant d'ailleurs sur des vésicules presque toujours lithiasiques.

Cette nouvelle statistique est à l'encontre de l'ancienne qui accordait au coli-bacille la place prépondérante.

Les Professeurs LEMIERRE et ABRAMI ont démontré « que les germes responsables des infections vésiculaires n'appartiennent presque jamais au groupe de bactéries contre lesquels l'organisme présente une immunité durable ». Ils ont illustré cette théorie en étudiant expérimentalement l'histoire des porteurs de germes typhiques, et en prouvant que le dernier refuge du bacille d'Eberth était la bile où le microbe continuait à pulluler malgré sérums et vaccins. La vaccinothérapie et la sérothérapie seront donc d'un faible secours contre l'infection vésiculaire, en quel-

que sorte exclue du cycle de l'immunité générale.

L'autovaccinothérapie. — Préconisée dans le traitement des colites graves, l'autovaccinothérapie fut utilisée dans la thérapeutique des cholécystites chroniques par H. SURMONT et BUTTIAUX, de Lille. Ils emploient dans ce but la double sonde duodénale, composée d'une sonde de regard et d'une sonde de prélèvement. Cette méthode permettant de recueillir aseptiquement la bile vésiculaire. Des autovaccins sont préparés à partir de microbes isolés et reconnus pathogènes.

En 1932, H. SURMONT publiait une série d'observations portant sur 12 malades dont les 3/4 étaient considérablement améliorés par l'autovaccinothérapie. D'après CHIRAY, cette méthode est « illogique et illusoire ». En effet, les germes pathogènes responsables de l'infection biliaire sont en grande partie situés à l'intérieur des parois vésiculaires et ne peuvent être isolés que par broyage et culture des tuniques du cholécyste. Ils sont donc tout à fait différents des germes recueillis à l'aide de la double sonde duodénale et avec lesquels on prépare les vaccins.

Le bactériophage. — Paul HAUDUROY étudia l'action de diverses substances sur le bactériophage, entre autres celle de la bile. Il conclut que, même en petite quantité, la bile a la propriété d'arrêter l'action lytique du bactériophage. Le milieu biliaire jouerait donc vis-à-vis du microbe un véritable rôle de protection contre le bactériophage qui partant serait inefficace dans la thérapeutique des cholécystites chroniques.

II. - L'ANTISEPSIE IONIQUE

Méthode préconisée par STERN et BECKMANN, utilisée en France par CARNOT et Mlle GRUDZEWSKA. Elle est basée sur ce principe : plus la bile est alcaline, plus elle offre de résistance aux germes pathogènes. En modifiant le PH de la bile et en le faisant dévier vers l'alcalinité, on obtiendrait donc une antiseptie biliaire relative. Il est, en effet, une limite extrême du PH au delà de laquelle la vie des germes pathogènes devient impossible. Cette limite est de 7,8 pour le coli-bacille, 8 pour le streptocoque et le para B, 8,4 pour le protéus.

Le Professeur CARNOT, en injectant par sonde duodénale 50 centimètres cubes d'une solution de $\text{CO}_3 \text{Na}_2$, à 5 pour 100, obtient une déviation du PH allant jusqu'au chiffre de 8,5 incompatible avec la vie microbienne. L'avenir montrera si réellement l'antiseptie ionique ouvre une voie nouvelle à la thérapeutique vésiculaire. Cependant, là encore on ne fait qu'aseptiser la bile en laissant intacts les microbes encastés dans les parois vésiculaires.

III. - LES ANTISEPTIQUES CHIMIQUES

Si les antiseptiques biologiques se révèlent insuffisants à aseptiser la vésicule biliaire, nous possédons, par contre, avec la chimie et en particulier avec l'hexaméthylène-tétramine une arme beaucoup plus redoutable. Nous étu-

dierons successivement les principaux antiseptiques chimiques employés.

1° *Le salicylate de soude.* — Depuis les expériences de KNOOT, on accorde au salicylate de soude un pouvoir antiseptique vésiculaire très restreint. Il faut, en effet, au milieu biliaire pour être microbicide une concentration en salicylate de soude égale à 0,1 pour 100 du sel ingéré. Or, en faisant ingérer à des cobayes des doses massives de salicylate de soude (3 ou 4 fois la dose habituelle en thérapeutique humaine, KNOOT ne trouve dans la bile qu'une concentration égale à 0,004 pour 100 du sel ingéré. L'élimination biliaire du salicylate de soude serait, en outre, problématique lorsque les canaux excréteurs sont enflammés. Le salicylate de soude s'avère donc impuissant à modifier le contenu vésiculaire.

2° *L'acridine et ses dérivés : tripaflavine, flaviscide, rivanol* n'ont pas donné de meilleurs résultats antiseptiques que le salicylate de soude.

3° *Le bleu de méthylène et l'iode de potassium.* — On ne les retrouve dans la bile qu'à l'état de traces insignifiantes excluant tout pouvoir antiseptique.

4° *Les sels biliaries.* — a) Sels biliaries et argent colloïdal : SINGER, de Vienne, obtient des résultats intéressants en utilisant ce mélange en solution à 1 pour 100 et à la dose de 10 cc. intra-veineuse.

b) Sels biliaries et lécithine : BOLT et HEERES prescrivent cette association sous forme de tablettes de 15 centigrammes, qui auraient la propriété d'aseptiser le cholé-

cyste et de calmer d'une façon remarquable le spasme vésiculaire.

5° *Le violet de gentiane.* — Tout dernièrement, MACHLINE, V. GRIGORENCO et Z. GORBOUNCOVA ont publié onze observations de malades améliorés ou guéris par le violet de gentiane. Ils utilisent une solution de violet de gentiane à 1 pour 100. L'injection est intra-veineuse. La dose habituelle quotidienne est de 10 centimètres cubes.

6° *Les sels de calcium.* — Les sels de calcium, sédatifs généraux, exercent sur le cholécyste une action antalgique élective.

CHIRAY et ses collaborateurs les administrent par voie intra-veineuse. Cette méthode, préconisée par SCHONDUBE en 1928, consiste à injecter, quotidiennement, dans la veine 3 cc. d'une solution de calcium à 1 pour 10. La cure complète est de 10 à 15 injections.

7° *L'extrait parathyroïdien.* — Il fait souvent merveille dans le traitement de l'ulcus gastrique. CHIRAY l'utilise dans la thérapeutique des cholécystites chroniques. Il le prescrit par voie sous-cutanée, à raison de 1 cc., soit 20 unités, tous les jours, 15 injections au total. En alternant calcium et extrait parathyroïdien, CHIRAY et ses collaborateurs ont publié une série de 9 observations de malades améliorés.

8° *L'hexaméthylène tétramine* $(CH_2)_6NH_4$. — Fut découvert en 1860 par BUTLEROW et introduit dans la thérapeutique en 1894 par BARDET et TRILLOT sous le nom de formine. LOEPER et GROSDIDIER l'utilisent pour la première fois en 1918, en injection intra-veineuse dans le traitement des cholécystites aiguës. A Lille, MINET et ses

élèves, LIMICHIN, DUTHOIT et DAYNEZ prescrivent l'uroformine dans la thérapeutique des cholécystites chroniques. DUTHOIT constate que la bile d'un chien auquel on a injecté 2 gr. 50 d'uroformine contient, après l'expérience, 0,16 à 0,51 du médicament et acquiert ainsi des propriétés antiseptiques évidentes, le taux de 0,001 étant suffisant pour arrêter le développement microbien.

Le pouvoir bactéricide *in vivo* de l'uroformine fut violemment combattu par l'Allemand SPECHT, qui rechercha expérimentalement l'action microbicide de l'uroformine sur le foie, la bile et les parois de vésicule.

Pendant plusieurs jours, il traite par l'hexaméthylène tétramine 10 malades porteurs de cholécystites non suppurées avec cholédoque et cystique perméables. Il les opère. Après l'intervention, il prélève une petite quantité de bile, des fragments de parois vésiculaires et de parenchyme hépatique. SPECHT retrouve alors des traces d'uroformine dans tous les échantillons prélevés; mais il constate également la présence de germes microbiens dans *les parois* de la vésicule (100 pour 100 des cas), dans le parenchyme hépatique (55 pour 100 des cas), dans la bile (50 pour 100 des cas). A la suite de cette expérience, SPECHT considère comme irréalisable l'asepsie parfaite du milieu vésiculaire.

Cependant les faits sont là et les résultats de MINET et de ses élèves sont formels. Sur 65 malades observés, 51 guérisons durables, 3 guérisons non durables, 11 résultats nuls. Ces différents malades ayant subi l'injection intra-veineuse d'une solution d'uroformine à 0,25 centigrammes par centimètre cube, en série de doses

croissantes (2 à 8 cc. par jour) pendant 5 jours, séparée par des repos de 5 jours, 15 injections au total. A Paris, P. JACQUET et CAILLEUX utilisent la même solution et la même dose, mais l'injection intra-veineuse est quotidienne pendant 8 jours, la dose totale étant de 8 grammes. P. JACQUET insiste sur la nécessité, qu'il juge capitale, de ne pas interrompre les injections pendant les 8 jours de la cure. L'injection intra-veineuse est parfois suivie d'une légère réaction vésiculaire et vésicale qui se dissipe rapidement. P. JACQUET préconise l'emploi exclusif de l'urotropine, sans y associer d'autres médicaments.

On peut également utiliser l'urotropine par voie buccale. Notre Maître, le Professeur Jean BAUMEL, prescrit souvent l'uroformine en association avec le bicarbonate de soude et le salicylate de soude, suivant cette formule :

Salicylate de soude	} à 6 gr.
Bicarbonate de soude	
Urotropine	

Pour 1 paquet n° 1. Dissoudre le paquet dans un litre d'eau. 3/4 de verre le matin à jeun, les 4 premiers jours de chaque semaine.

On réalise ainsi une désinfection répétée de la vésicule.

9° *L'hexaméthylène-tétramine en association médicamenteuse.* — Depuis quelques années, l'hexaméthylène-tétramine est associée à certains corps chimiques, tels que :

— L'acide salicylique (Saliformine de DEHOGUES).

— Les sels de magnésium (Louis DEBUQUET-VELLUZ).

→ Les sels de calcium. E. MACHLINE utilise cette dernière association, joignant ainsi les propriétés antiseptiques de l'uroformine à l'action vago-sympathique des sels de calcium.

Il injecte dans les veines, quotidiennement, pendant 15 jours, 5 cc. d'une solution de chlorure de calcium à 10 % et d'uroformine à 40 %. 15 malades traités de cette façon ont été améliorés ou guéris.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette gamme d'antiseptiques biliaires mis à la disposition du médecin ?

— L'inefficacité des sérums, des vaccins, de l'auto-vaccinothérapie paraît être démontrée.

— L'antisepsie ionique est un procédé trop récent pour qu'il soit possible d'en apprécier exactement la valeur.

— La chimiothérapie semble nous apporter, par contre, une satisfaction plus grande, — retenons l'action intéressante de l'extrait parathyroïdien et des sels de calcium. L'expérience thérapeutique prouvera ou non leur efficacité.

Seule, jusqu'à ce jour, l'hexaméthylène-tétramine, employée à dose forte, et d'une façon continue pendant les 8 jours de la crise, possède à son actif des guérisons durables.

Employée en association avec le calcium et le magnésium, elle donne également de sérieux espoirs, et si,

comme le disait ABRAMI, « le médecin n'arrive pas à une asepsie parfaite de la vésicule, il peut espérer diminuer l'abondance de la pullulation microbienne, atténuer sa virulence et rendre non seulement celle-ci exempte pour le malade de graves périls, mais compatible même avec une santé normale, transformer en un mot l'infection en un parasitisme saprophytique ».

En associant à l'uroformine, la diététique et, si besoin est, la physiothérapie et le drainage mécanique et médicamenteux des voies biliaires, on obtient dans les cholestites chroniques des résultats thérapeutiques intéressants.

CHAPITRE III

LE DRAINAGE MEDICAL ET MEDICAMENTEUX DE LA CHOLECYSTITE NON CALCULEUSE CHRONIQUE

Les antiseptiques « chimiques », nous venons de le voir, sont incapables à eux seuls de stériliser complètement le cholécyste. Il est donc nécessaire, pour obtenir un résultat thérapeutique, de leur adjoindre le drainage médical et médicamenteux.

Le tubage duodénal, l'excrétion vésiculaire provoquée, les cholagogues, tout en rééduquant le muscle vésiculaire, réalisent une véritable antisepsie « mécanique » du foie et de la vésicule, en entraînant avec la bile infectée une quantité considérable de déchets inflammatoires et de germes pathogènes.

L'action du drainage biliaire est discutée dans la thérapeutique des cholécystites avec calculs : suivant l'expression de CHIRAY, « de toutes les cholécystites, la lithiasique est celle qui tire le plus faible bénéfice du drainage médical ».

Il en est tout autrement des cholécystites non calculeuses dont la forme chronique bénéficie d'une façon particulière de ce procédé thérapeutique.

Le drainage biliaire peut être réalisé de deux façons :

1° Soit par le tubage duodénal, suivi de l'épreuve de MELTZER-LYON.

2° Soit par l'action des cholagogues et des cholérétiques.

1) Le drainage médical par le tubage duodénal et l'épreuve de Meltzer-Lyon

C'est le physiologiste français DOYON qui, le premier, mit en évidence la contractilité vésiculaire dont l'étude servit de base aux travaux des Américains.

Quelques années plus tard, MELTZER constata qu'une solution de sulfate de magnésie mise au contact de la muqueuse duodénale, déclenchait un relâchement du sphincter d'ODDI. Vincent LYON recueillit les fruits de ces différents travaux et les mit en pratique à l'aide du tube que venait d'inventer EINHORN. Après instillation magnésienne, il obtint une bile sombre et foncée qu'il attribua à la vésicule.

Utilisé d'abord uniquement dans un but diagnostique, le tubage duodénal se généralisa et fut reconnu bientôt comme un moyen thérapeutique excellent.

La technique en est simple :

Instrumentation :

1° Un tube de EINHORN, sonde de caoutchouc souple,

divisé par trois repères I-II-III, situés respectivement à 40, 56 et 70 centimètres de l'extrémité terminale de la sonde, où est ajustée une olive nickelée percée de trous.

Quand le repère I (40 centimètres) est au niveau des arcades dentaires, l'olive est au cardia. Le repère II (56 centimètres) correspond au pylore. Le repère III (70 centimètres) à l'ampoule de VATER;

2° Une seringue de 20 centimètres cubes;

3° 150 centimètres cubes d'une solution de sulfate de magnésie à 25 pour 100.

Préparation du malade et technique du procédé :

Le tubage se pratique de préférence le matin, chez un sujet à jeun depuis la veille au soir. On fait asseoir le malade sur une chaise ou mieux on le place debout contre un mur. Il est superflu de pratiquer une anesthésie pharyngienne à l'aide de pastilles de stovaine ou de plonger préalablement l'olive dans la glycérine. On évitera ainsi les nausées préjudiciables à la bonne marche de l'intervention. L'olive est placée sur la langue du patient et sa progression jusqu'au pharynx est assurée par des mouvements de succion. A ce moment, aidée par des mouvements de déglutition, l'olive franchit, après quelques nausées, l'isthme pharyngien. On recommande alors au malade de respirer largement. La traversée œsophagienne est désagréable. Bientôt l'olive atteint le cardia. Le repère I est au niveau des arcades dentaires.

A partir de cet instant, on fait coucher le sujet en décubitus latéral droit et on laisse filer la sonde, sans y toucher, à l'intérieur de la cavité gastrique.

On constate que l'olive est au contact du bas fond de l'estomac, à ce que :

a) Le repère II est au niveau des arcades dentaires;

b) Après aspiration avec la seringue de 20 cc. adaptée à l'extrémité libre de la sonde, on retire de l'air et une petite quantité d'un liquide incolore, acide au tournesol;

c) Après l'injection de 10 cc. d'un liquide quelconque, celui-ci revient en totalité à l'aspiration suivante.

On attend alors patiemment, en surveillant le malade qui ne doit ni toucher à la sonde, ni la serrer avec les dents.

Au bout d'un temps qui varie suivant le sujet, l'aspiration avec la seringue devient impossible, le piston reste collé au fond du corps de pompe : c'est le signe de la « résistance duodénale », signe dont l'importance est capitale, il indique la présence de l'olive dans le duodénum.

Cette constatation est suffisante pour qui possède la pratique du tubage duodénal; cependant on peut, grâce à l'écran, faire un contrôle radiologique. On aperçoit la sonde qui suit la petite courbure, traverse le pylore, remonte avec lui et avec la première portion du duodénum pour redescendre ensuite brusquement en décrivant vers la gauche un angle aigu; l'olive étant arrêtée au niveau de quatrième vertèbre lombaire.

Bientôt, « la résistance duodénale » cesse et l'on recueille 15 à 20 cc. d'une bile jaune d'or, la bile A, que l'on suppose d'origine hépato-cholédocienne.

Alors se pratique l'épreuve de MELTZER-LYON.

On injecte 40 cc. de la solution à 25 % de sulfate de magnésie que l'on a eu soin de faire tiédir auparavant. On recueille, un quart d'heure après, une bile sombre, foncée, en quantité variable : c'est la bile B ou bile vésiculaire. Après un temps plus ou moins long apparaît la bile C, d'origine hépatique, claire, jaune d'or.

Les caractères physiques, cytologiques, chimiques et bactériologiques de la bile B sont d'une importance majeure pour le diagnostic et l'évolution de la cholécystite non calculieuse chronique. Du point de vue traitement, le « drainage » seul compte.

C'est à VINCENT-LYON que l'on doit l'application thérapeutique du drainage médical; il le préconise, soit d'une façon intermittente, soit d'une façon continue. Cette dernière méthode étant compliquée et peu pratique, le drainage intermittent rallie la majorité des suffrages; c'est celui que notre Maître, le Professeur Jean BAUMEL, emploie depuis des années.

Il prescrit en général une série de douze tubages, bi-hebdomadaires au début, bi-mensuels dans la suite. Il injecte chaque fois 40 cc. de la solution magnésienne à 25 %, réalisant ainsi un drainage vésiculaire satisfaisant et évitant les décharges biliaires importantes qui suivent parfois l'instillation massive de la solution magnésienne. Il est nécessaire, du reste, de ne pas se plier à des règles strictes, l'importance de la dose à instiller et le nombre de tubages doivent varier suivant chaque malade.

Les incidents observés au cours des tubages sont insignifiants. Les patients supportent parfaitement l'intro-

duction du tube de EINHORN et s'y habituent si bien que nous avons eu l'occasion d'en observer certains qui pratiquaient eux-mêmes leur tubage. Il est assez fréquent de constater, quelques heures après l'épreuve de MELTZER-LYON, une diarrhée abondante due en partie à l'action purgative du sulfate de magnésie et en partie à l'action de la bile excrétée dans l'intestin.

Nous avons eu l'avantage de pratiquer chez notre Maître, le Professeur Jean BAUMEL, et sous sa direction, une centaine de tubages : la plupart chez des malades porteurs de cholécystites non calculeuses chroniques, de cholécystatonies ou de cholécystites à lamblias. Les résultats obtenus dans ces différents cas sont vraiment encourageants. On observe, au bout du troisième ou quatrième tubage, une amélioration sensible de la symptomatologie douloureuse tant vésiculaire que gastro-intestinale. Les fonctions digestives s'améliorent, l'appétit revient, la constipation diminue, le subictère disparaît; l'amaigrissement, si fréquent chez ces malades, est enrayé.

Selon M. CHIRAY, « les heureux résultats de cette thérapeutique sont si nets, qu'il est impossible de ne pas en être frappé ». VINCENT-LYON et SWALM ont publié une série de 376 cas dont 318 traités par le drainage médical. Ils ont observé 30 % de guérisons définitives et 52 % des malades ont été assez améliorés pour reprendre leurs occupations.

2) Le drainage médicamenteux des voies biliaires

Le drainage médical des voies biliaires, par le tubage duodénal et l'excrétion vésiculaire provoquée, peut être renforcé ou même remplacé par le drainage hépatique et vésiculaire réalisé à l'aide des cholagogues.

Depuis BRUGSH et HORSTERS (HALLE) et les expériences de CHABROL, on divise les cholalogues, en cholérétiques et cholagogues proprement dits. Les premiers agissent sur la sécrétion biliaire, les seconds sont bilio-excréteurs.

Cette distinction n'est d'ailleurs pas absolue, nombre de cholagogues ayant une action cholérétique manifeste.

I. — LA MEDICATION CHOLERETIQUE

La médication cholérétique a pour but d'accroître la sécrétion biliaire. En outre, selon CHABROL, elle a pour objet : a) d'améliorer le drainage hépatique, le foie étant constamment touché dans la cholécystite non calculeuse chronique; b) de réaliser un véritable drainage intersiciel en pénétrant dans l'intimité de la lymphe et du système lacunaire.

Et. CHABROL, CHARONNAT et M. MAXIMIN étudièrent expérimentalement l'action des cholérétiques sur 300 chiens porteurs de fistules cholédociennes. L'administration du médicament étant faite par voie veineuse ou duodénale,

A la suite de ces travaux, ils classent les cholérétiques en deux catégories :

- A) Les cholérétiques directs;
- B) Les cholérétiques indirects.

A) LES CHOLÉRÉTIQUES DIRECTS. — Expérimentalement, les cholérétiques directs agissent par voie veineuse, et, dans la majorité des cas, on y décèle la présence d'acides de la série aromatique. Nous nous bornerons à citer les cholérétiques qui semblent avoir une action thérapeutique efficace dans la cholécystite non calculeuse chronique.

a) *Les cholérétiques végétaux.* — *L'artichaut* (*Cynara scolymus*) : connu et employé depuis la plus haute antiquité, il est prescrit par BREL sous forme de pilules à 0.10 d'extrait hydro-alcoolique de feuilles d'artichaut. La dose quotidienne est de 0.60 à 1 gramme.

Le boldo (*Pneumus boldus*) : Sa valeur thérapeutique est actuellement contestée; il s'emploie en infusion à 10 pour 1.000 (2 tasses par jour), ou sous forme d'extrait fluide (1 à 2 grammes). Comme beaucoup d'autres végétaux (*Ulmaire*, *Saule blanc*, *Erysimum*), le boldo et l'artichaut, outre leurs propriétés cholérétiques, exercent une action sédatrice sur les spasmes vésiculaires.

Le romarin (*rosmarinus officinalis*) : S'emploie en infusé à 5 % pris à jeûn ou avant le repas.

b) *L'atophan* : L'atophan, ou acide phénylquinoléine carboxylique, réalise des polycholies hydriques et salines. Son action cholérétique a été mise en évidence par BRUSCH et HORSTERS. GRUNENBERG et ULMANN constatent

que l'atophan augmente de 8 à 800 pour 1.000 la quantité de bile et de 10 à 54 unités sa richesse en pigments.

Et. CHABROL note, après une injection intra-veineuse de 0.05 d'atophan par kilo de poids d'un chien, une hyper-sécrétion biliaire quintuplée, qui atteint son maximum au bout d'une heure et se poursuit pendant 4 heures.

L'inconvénient de l'atophan est sa toxicité; avant de le prescrire, il est indispensable de s'assurer du bon état des reins et du foie du malade.

c) *La bile et les sels biliaires.* — Leur action est parallèle à celle de l'atophan. Cependant, leur emploi comme cholérétique est moins fréquent.

d) *L'huile de Haarlem.* — Produit complexe à base d'huile de cade, de baies de laurier, d'essence de térébenthine. Injecté expérimentalement chez le chien, à la dose de un demi centimètre cube intra-veineux, il triple le volume de la bile en deux heures (CHABROL), alors que l'huile d'olive injectée dans les veines d'un chien, à la dose de deux centimètres cubes, ne donne aucun résultat.

A côté de ces cholérétiques directs, dérivant de la série aromatique, signalons les cholérétiques directs dérivant de la série grasse; leur action est beaucoup moins puissante; citons : l'oléate de sodium, les dérivés chlorés des acides, des alcools et des aldéhydes, le chloral et la chloralose.

B) LES CHOLÉRÉTIQUES INDIRECTS. — Ces cholérétiques indirects, mis au contact de la muqueuse duodénale, y provoquent un réflexe sécréteur.

Signalons l'action de l'acide chlorhydrique dilué, celle

du sulfate de magnésium, que l'on emploie dans le traitement des cholécystites non calculeuses chroniques, à la dose de 0,30 enfermée dans une capsule glutinisée : 2 capsules à jeun dans un peu d'eau, à 10 minutes d'intervalle.

Il s'agit de faire un choix parmi tous ces cholérétiques directs et indirects; nous retiendrons ceux dont l'action thérapeutique semble être efficace dans la cholécystite non calculeuse chronique :

L'huile de Haarlem, à la dose de 2 à 3 capsules de 0 gr. 20 quotidiennement et à distance des repas. La cure totale de 15 jours assure un drainage biliaire efficient.

L'atophan, à doses fractionnées et espacées, se prescrit à la dose de 25 cgr. à 1 gramme, en plusieurs prises dans la journée.

II. — LES CHOLAGOGUES PROPREMENT DITS

La médication cholagogue proprement dite ou cholécysto-kynétique est une médication bilio-excrétrice, elle fait progresser la bile dans les voies biliaires en mettant en branle le contenu des canaux extra-hépatiques. Employée avec prudence dans la cholécystite lithiasique, où elle peut déclencher une crise en mobilisant un calcul, la médication cholagogue peut être prescrite sans crainte

dans le traitement de la cholécystite non calculeuse chronique où ce danger n'existe pas.

Nous retiendrons dans la série nombreuse des cholagogues, trois variétés qui donnent des résultats excellents :

L'huile d'olive;

Le sulfate de magnésie;

La peptone.

a) *L'huile d'olive* : Conseillée il y a un siècle par l'Ecole Montpelliéraine, elle est extraite par broyage à froid du péricarpe et du noyau de l'olive. L'huile d'olive, par elle-même, n'accroît pas la sécrétion biliaire, mais elle excrète la bile vésiculaire d'une façon remarquable. RAMONT, BORCESCO, ZIZINE, après instillation d'huile d'olive tiède, obtiennent une grande quantité de bile B. CHIRAY emploie l'huile d'olive à la dose de 1 à 2 cuillerées à soupe, le matin à jeun, associée avec du citron, 10 jours par mois. Outre son action cholagogue, l'huile d'olive exerce une action sédative sur les douleurs gastriques, qui, comme on le sait, accompagnent fréquemment les crises vésiculaires.

b) *La peptone de Witte* : Son efficacité est démontrée par l'épreuve de SLEPP, réplique de l'épreuve de MELTZER-LYON. 30 centimètres cubes d'une solution à 5 % de peptone de WITTE donnent, après tubage, une quantité importante de bile vésiculaire.

c) *Le sulfate de magnésie* présente la particularité à forte doses intra-veineuses d'inhiber la sécrétion biliaire. Pour certains auteurs, le sulfate de magnésie est

un cholagogue proprement dit, cholécysto-kynétique, pour les autres c'est un cholagogue complet (CARNOT et GAELINGER).

Quoi qu'il en soit, associé à la peptone de WITTE, il donne un drainage parfait de la vésicule; on l'emploie fréquemment sous la formule suivante :

Sulfate de magnésie : 5 grammes;

Peptone de Witte : 2 grammes;

Poudre de réglisse : 1 gramme 50.

pour un paquet N° 1, à ingérer dans de l'eau tiède, à jeun, une demi-heure avant le petit déjeuner.

— De cet ensemble de cholagogues et de cholérétiques, retenons :

— L'huile de Haarlem et l'huile d'olive;

— L'atophan;

— Le sulfate de magnésie, associée à la peptone de Witte.

Ce groupe semble avoir une action élective dans le drainage médicamenteux de la cholécystite non calculeuse chronique.

Cependant : 1° on les emploiera avec prudence, si l'on veut sauvegarder le bon fonctionnement gastro-intestinal, rénal et hépatique du malade;

2° On les prescrira par séries courtes (Noël FIESSINGER) en les alternant et en les espaçant.

3° On les utilisera comme cure d'entretien dans l'intervalle des tubages duodénaux, dont ils complètent l'action thérapeutique en augmentant le flux biliaire ou en facilitant son évacuation. Ils seconderont également l'action des antiseptiques biliaires, en prévenant le retentissement de l'infection sur le foie.

CHAPITRE IV

PHYSIOTHERAPIE

Nous étudierons dans ce chapitre les propriétés générales de la diathermie et des ondes courtes et leur application thérapeutique sur la cholécystite non calculieuse chronique.

H. DUCSSET, qui étudia d'une façon toute spéciale l'action des agents physiques sur le cholécyste, reconnaît à la diathermie trois qualités essentielles pour lutter contre les états douloureux de la vésicule.

La diathermie est :

- analgésiante,
- décongestionnante,
- révulsive sous la peau.

A) *Action analgésiante.* — L'action sédative sur le phénomène douleur est véritablement le triomphe de la diathermie. Selon LEMAIRE et LICHWITZ, les agents physiques agissent comme les injections intradermiques de novocaïne qui sont à même de faire cesser immédiatement les douleurs vésiculaires. Cette action antalgique des courants de haute fréquence semble due au courant lui-même et paraît être primitive.

B) *Action décongestionnante et révulsive sous la peau.*

— Elle s'exerce sur le foie et la vésicule par l'intermédiaire des téguments. En effet, si l'on provoque une excitation des vaisseaux superficiels, ceux-ci se dilatent et les vaisseaux de la région sous-jacente se rétrécissent, décongestionnant l'organe qu'ils irriguent.

Cette vaso-constriction profonde déclanche une vasodilatation active qui favorise l'afflux sanguin dans les parois vésiculaires et les cellules hépatiques; d'où augmentation considérable des échanges nutritifs avec élimination des produits azotés toxiques.

L'action calorifique, analgésique et décongestionnante de la darsonvalisation s'accompagne d'une action antispasmodique sur les fibres lisses de la vésicule.

Ajoutons que, suivant les travaux récents (RUFFO, DEGIORGI, KODAC), la diathermie abaisserait, d'une façon générale, le taux du cholestérol sanguin qui, on le sait, est toujours élevé dans la cholécystite non calculeuse chronique. Tels sont les effets principaux des agents physiques sur le foie et la vésicule.

Quels sont, dans la thérapeutique des cholécystites non calculeuses chroniques, les moyens physiothérapiques qui donnent satisfaction ? On utilise : LE FROID, LE CHAUD, LES APPLICATIONS ELECTRIQUES (diathermic-ondes courtes).

Le froid. — Le froid de la glace, des douches hépatiques entraîne une vaso-constriction superficielle avec vasodilatation profonde momentanée.

La chaleur. — La chaleur des compresses, des cata-

plasmes amène une vaso-dilatation superficielle suivie d'une vaso-constriction profonde.

Les applications électriques. — Il est de toute évidence que l'activation de la circulation hépato-vésiculaire est obtenue d'une façon beaucoup plus complète avec les courants de haute fréquence (diathermie) et de très haute fréquence (ondes courtes).

Nous éliminerons donc rapidement les procédés simples de calorification (cataplasmes, douches hépatiques) qui gardent cependant leurs indications dans des cas bien déterminés, et nous étudierons plus spécialement la darsonvalisation obtenue, soit au moyen de la diathermie, soit des ondes courtes. Nous verrons, dans la question qui nous intéresse, le procédé qu'il semble préférable d'employer.

LA DIATHERMIE

Utilisée depuis de nombreuses années, la diathermie possède à son actif des résultats thérapeutiques intéressants; son action sédative et analgésique est particulièrement appréciée dans les affections vésiculaires.

Les appareils employés sont à ondes entretenues ou à ondes amorties. J. AIMARD recommande les ondes amorties. De larges électrodes nues sont placées en contact intime avec l'hypocondre droit du malade; les intensités habituelles seront faibles : 1.200 à 1.800 maximum, les intensités fortes sont à déconseiller. La durée de chaque séance est de trente minutes. Ce laps de temps

écoulé, la douleur, si elle est d'origine vésiculaire, doit disparaître (AIMARD). La séance est quotidienne au début, hebdomadaire ensuite, 10 séances au total. Après une période de repos variable, il est bon de recommencer une nouvelle série.

II. — LES ONDES COURTES

Nous insisterons d'une façon toute spéciale sur l'utilisation des ondes courtes dans le traitement des cholécystites non calculeuses chroniques. C'est avec cette variété d'ondes que notre Maître, le Professeur J. BAUMEI., a obtenu les résultats les plus durables.

SAIDMAN, HALPHEN, AUCLAIR, Henri DAUSSET furent les premiers à étudier, en France, l'effet thérapeutique des ondes courtes. Exposé par DARSONVAL en 1894, le groupe de très haute fréquence se compose d'une série de radiations allant du radium aux ondes de T.S.F., en passant par les rayons visibles, les infra-rouges et la diathermie.

Dans cette gamme de radiations, les ondes courtes se situent entre les infra-rouges et les ondes diathermiques. Elles diffèrent essentiellement de ces dernières par leur fréquence (nombre de vibrations par seconde) et par leur longueur d'onde (distance entre deux vibrations). En effet, alors que la diathermie ou haute fréquence possède 100 à 600 mètres de longueur d'onde et atteint 500.000 à trois millions de périodes par seconde, les ondes courtes ou de très haute fréquence ont de un à trente mètres de

longueur d'onde et 10 à 300 millions de périodes par seconde.

Les ondes courtes possèdent en thérapeutique, au même titre que la diathermie, de réelles propriétés calorifiques, décongestives et sédatives.

En outre, selon DELIHERM, la très haute fréquence aurait une action véritablement spécifique. Son application sur les tissus entraînerait des réactions et des modifications liées à l'oscillation électrique, en dehors de tout effet thermique. Cette propriété, spéciale aux ondes courtes, n'est pas encore confirmée d'une façon évidente. Il n'en est pas de même de certains avantages que présente la très haute fréquence sur la diathermie. Nous les examinerons rapidement :

1° *Supériorité dans la distribution des radiations.* — SCHLIEPHAKE a comparé expérimentalement l'action des ondes courtes et de la diathermie. Il note que la température du foie d'un cadavre s'élève de 2 degrés avec 3 minutes de diathermie, alors qu'avec la même application d'ondes courtes, l'hyperthermie atteint 6 degrés. En plaçant des piles thermo-électriques au niveau de l'épaule d'un chien, il constate, après quelques minutes d'irradiation que les tissus cellulaires sous-cutanés atteignent 3 degrés 5, les muscles 0 degré 6, l'os 0 degré 15; alors qu'une application d'ondes courtes, à la même intensité, donne à l'os 1 degré 2, au muscle 1 degré et au tissu cellulaire sous-cutané 0 degré 2.

SCHLIEPHAKE en déduit que la diathermie chauffe surtout les téguments et la graisse, alors que la très haute fréquence se propage aux organes profonds et se localise

électivement sur le foie et la vésicule. D'après les données expérimentales de SCHLIEPHAKE, les ondes courtes doivent se montrer supérieures à la diathermie dans les affections hépatiques et vésiculaires.

2° *Supériorité dans l'intensité du courant.* — Il est possible, grâce à la très haute fréquence des ondes courtes, d'employer une intensité de courant considérable et de le faire sans craindre les brûlures; les électrodes, en raison de la très haute fréquence, étant situées à 30 centimètres environ des téguments du malade.

Nous n'insisterons pas sur l'action microbicide des ondes courtes, action discutée par certains auteurs, qui l'attribuent à l'augmentation de température accompagnant chaque application de très haute fréquence.

*Mode d'emploi des ondes courtes dans la cholécystite
non calculuse chronique*

Avec notre Maître, le Professeur Jean BAUMEL, nous avons soumis aux ondes courtes un certain nombre de cholécystites non calculuses chroniques; nous utilisons un « Lasem - OC 2 - 700 watts - 16 mètres max. Nous ne recherchons pas la fièvre artificielle, « l'électropyrexie », mais les doses « faiblement thermiques », qui suffisent à apporter une sédation nette des douleurs de cette variété de cholécystite chronique. Nous employons, selon le malade à traiter, une seule électrode appliquée à quelques centimètres de la région hépatique, ou un montage bipolaire, avec, dans ces conditions, l'électrode active plus

petite que l'électrode indifférente. La durée de la séance est de trente minutes, 12 séances au total.

Conclusions. — Il serait illogique, malgré les résultats thérapeutiques excellents obtenus avec les ondes courtes, d'opposer d'une façon formelle, la diathermie et les ondes courtes et de supprimer la haute fréquence de l'arsenal thérapeutique des cholécystites non calculeuses chroniques.

Les courants de très haute fréquence ne font qu'élargir le champ de la diathermie classique, qui conserve toute son importance, et qui, chez certains malades, donne de meilleurs résultats thérapeutiques.

Il serait dangereux de vouloir guérir une cholécystite non calculeuse chronique avec la seule ressource des ondes courtes.

La très haute fréquence ne guérit pas, mais :

1° elle atténue remarquablement les réactions douloureuses de la vésicule biliaire (AIMARD), surtout au moment des poussées d'angio-cholites qui marquent fréquemment l'évolution de la cholécystite non calculeuse chronique;

2° elle prévient le retour de la crise douloureuse;

3° sous le couvert d'une sédation vésiculaire remarquable, elle permet aux traitements médicamenteux et hydro-minéraux d'agir dans un sens curatif (H. DAUSSET-AIMARD).

La diathermie et les ondes courtes doivent de toute façon être associées à la thérapeutique médicamenteuse (Urotropine intra-veineuse) et au drainage mécanique et médicamenteux des voies biliaires.

CHAPITRE V

LE TRAITEMENT DES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Nous avons insisté sur l'importance des troubles gastriques et intestinaux dans le diagnostic de la cholécystite non calculeuse chronique : le malade, venant consulter, dans la majorité des cas, non pour une symptomatologie hépatique ou vésiculaire, mais en se plaignant de nausées, d'aérophagie, de douleurs gastriques et abdominales. Deux alternatives se présentent, en effet : ou bien les troubles digestifs (infections dentaires, déglutitions septiques, ulcère gastrique, constipation chronique) sont à l'origine de la cholécystite non lithiasique, ou bien l'infection vésiculaire par l'altération biliaire qu'elle entraîne est le *primum movens* de toutes ces lésions gastro-intestinales.

De toute façon, un examen complet des voies digestives et le traitement des modifications pathologiques que l'on y constate doit entrer en ligne de compte dans la thérapeutique de la cholécystite non calculeuse chronique.

I. — DESINFECTION DES VOIES DIGESTIVES SUPERIEURES

Les dents. — Le premier soin du thérapeute est d'examiner minutieusement les dents, d'en recommander le brossage énergique après chaque repas, d'enlever les chicots, source de réinfections successives.

Les amygdales; le naso-pharynx doivent être examinés et traités pour la même raison.

II. — TRAITEMENT DES DOULEURS GASTRIQUES

Les douleurs gastriques qui accompagnent et trahissent souvent la lésion vésiculaire, simulent à s'y méprendre l'ulcère gastrique en période d'activité. Notre Maître, le Professeur Jean BAUMEL, constate une amélioration de ces crises et de l'état général en prescrivant la belladone et en alternant cette médication avec les prises de bismuth pendant un mois. Il utilise la formule suivante :

- a) Teinture de belladone 30 grammes
XV gouttes dans un peu d'eau, avant les repas du midi et du soir, pendant 10 jours. Se reposer 10 jours et recommencer.
- b) Sous-nitrate de bismuth chimiquement pur pour absorption buccale 150 grammes
Une cuillerée à café avant les repas de midi et du soir, pendant les 10 jours de repos de la belladone.

L'état nauséeux, les crises transitoires d'aérophagie qui accompagnent la symptomatologie gastrique de la cholécystite non calculeuse, se trouvent également améliorés par cette médication.

III. — TRAITEMENT DES TROUBLES INTESTINAUX

Pendant très longtemps on a considéré les cholécystites chroniques comme étant à point de départ intestinal. (Théorie ascendante de GILBERT et GIRODE.) Actuellement, on incrimine la circulation générale. En réalité, il n'est pas toujours facile, en présence d'une vésicule non calculeuse malade, d'établir la genèse et la marche de l'infection.

Est-ce la bile infectée venant du cholécystite par voie cystique et cholédocienne qui a essaimé les microbes dans l'intestin ? Cet organe est-il, au contraire, le foyer septique d'où naissent et partent les germes pathogènes ? Le problème est délicat à résoudre en pratique.

Quoiqu'il en soit de ces théories pathogéniques, il est indéniable que l'intestin est atteint et qu'il faut le soigner. Son dysfonctionnement se manifeste le plus souvent par une constipation opiniâtre, qui présente deux caractères : elle est entrecoupée de débâcles diarrhéiques, elle prédomine sur le côlon droit.

Il n'entre pas dans le cadre de cette question d'étudier le traitement médical de la constipation. Rappelons cependant :

1° L'importance du facteur éducatif et psychique; la

vie sédentaire, le manque d'exercice jouent un rôle de premier plan dans la constipation.

2° La nécessité du régime *riche* en cellulose (légumes frais verts, très cuits et tamisés, fruits crus ou cuits), *pauvre* en irritants de la muqueuse intestinale (épices, condiments) et en albuminoïdes, agents de putréfaction (sauces, charcuterie, fritures, graisses cuisinées).

3° L'amélioration du transit intestinal par les lubrifiants (huiles de paraffine, de vaseline ou les mucilagineux : agar-agar, graine de lin) qui agissent mécaniquement et facilitent par glissement l'évacuation des matières.

4° Le danger des purgatifs, des laxatifs et surtout des lavements.

Ainsi compris et traités les troubles gastro-intestinaux s'améliorent pour le plus grand bien du malade.

CHAPITRE VI

LE TRAITEMENT DE LA PARTICIPATION HEPATIQUE

Le Professeur HARVIER et J. CAROLI ont insisté « sur la constance des désordres cellulaires du foie dans toutes les variétés de cholécystites (aiguës ou chroniques, lithiasiques ou non lithiasiques), l'inflammation vésiculaire apparaissant comme la localisation extra-hépatique d'une infection généralisée à toute l'arbre biliaire ».

Le foie est donc constamment touché au cours de la cholécystite non calculeuse chronique.

Nous avons étudié la façon dont on pouvait stimuler les fonctions hépatiques par le tubage duodénal, la médication cholagogue et cholérétique, la diathermie. Nous établirons maintenant la diététique qui doit servir de base au traitement médical et l'action bienfaisante des cures hydro-minérales.

LA DIÉTÉTIQUE. — La diététique « la plus simple des thérapeutiques » doit, dans la cholécystite non calculeuse, être instituée la première et maintenue la dernière. Sans avoir la même rigueur que dans la cholécystite avec cal-

culs, elle accompagnera tout essai thérapeutique de la cholécystite non lithiasique chronique.

Le régime est d'autant plus strict qu'il doit non seulement respecter le foie, mais contribuer également à l'amélioration des troubles gastro-intestinaux.

Nous étudierons : *l'ordonnance des repas; la composition des repas* (aliments permis et défendus).

I. *Ordonnance des repas.* — Les repas seront pris à intervalles réguliers, de préférence toujours à la même heure. GILBERT recommandait les « repas fractionnés » : 5 petits repas par jour. Méthode qui présente l'avantage de vider un plus grand nombre de fois la vésicule en évitant la chasse biliaire brutale des repas copieux. Elle est à employer dans les crises douloureuses vésiculaires, mais elle est peu pratique. Le Professeur CARNOT insiste sur l'avantage de la station couchée : « le clinostatisme » à recommander aux malades porteurs d'adhérences mal supportées.

II. *Composition des repas.* — Pour ménager le fonctionnement hépatique, le régime doit être dans ses grandes lignes : hypotoxiques, non irritant, hypocholestérique.

ALIMENTS DEFENDUS

1) *Aliments hypercholestériques* : OEufs, surtout le jaune d'œuf, qui contient jusqu'à 20 grammes pour 1.000 de cholestérol;

Les abats : 2 à 4 grammes pour 1.000 de cholestérol (cervelles, rognons, ris de veau, foie, tripes),

2) *Aliments gras* : Le beurre : il est difficile d'en interdire complètement l'usage, on recommandera de l'employer frais et non cuisiné, ajouté en petite quantité aux aliments, au moment de l'absorption.

Les crèmes fraîches ou cuites;

Les potages gras;

Les poissons gras : raie, hareng, maquereau, thon, saumon, sardine, anguille, mullet, carpe, tanche.

3) *Les légumes* : *crus* : en hors-d'œuvre ou salade : céleri, tomates acides; *cuits* : champignons, épinards, oseille, petits pois, lentilles; les choux, choux de Bruxelles, choux-fleurs sont tolérés.

4) *Les viandes* : viandes et volailles grasses (oie, canard); viandes faisandées (gibier); graisse de viande, bouillon de viande.

5) *Les charcuteries* (sauf jambon maigre).

6) *Coquillage, crustacés.*

7) *Les apprêts* : huile cuisinée, friture; sauces grasses, sauce au vin, mayonnaise; vinaigre; épices et condiments.

8) *Fromages fermentés; fruits* : secs et oléagineux.

9) *Pâtisseries* : chocolat, cacao, glaces.

10) *Pain* : pain frais, mie de pain.

11) *Bière, vins fins, café, thé, alcools.*

ALIMENTS PERMIS

1) *Potages* : potages avec légumes passés.

2) *Viande* : viande rouge, rôtie ou grillée (bœuf, mouton, cheval); poulet; jambons maigres,

3) *Poissons maigres* : merlan, colin, sole, limande, barbu, turbot.

4) *Lait* : lait écrémé et sucré, lait caillé, kefir, yogourt. LOEPER recommande le lait aux hépatiques pour sa richesse en magnésie (1 gramme 20 pour 100 parties sèches), il l'associe aux légumes.

5) *Légumes* : légumes verts : haricots, endives, salade cuite; carottes, riz à l'eau avec des fruits cuits ou de la confiture, pommes de terre cuites à l'eau ou au four, pâtes alimentaires.

6) *Fruits* : fruits frais mûrs (sous réserve de tolérance intestinale), jus de raisin frais.

7) *Fromages cuits* : hollandaise, gruyère, port-salut, fromages blancs.

8) *Sucres* : Noël FIESSINGER estime le sucre indispensable au foie, qu'il faut nourrir et reconstituer : confitures (sauf oranges), miel.

9) *Eau* faiblement minéralisée, coupée de vin, eau alcaline faible et sulfatée calcique.

En résumé, sans avoir la même rigueur que dans les cholécystites lithiasiques, le régime doit être lacto-végéto-fruitarien, avec adjonction d'une légère ration carnée.

LA CURE HYDRO-MINÉRALE. — Si la cure hydro-miné-

rale est matériellement possible, une saison à Vichy complétera la thérapeutique médicale de la cholécystite non calculieuse chronique.

— Nous avons vu comment le Professeur CARNOT et Mlle GRUDZEWSKA ont établi expérimentalement l'action antiseptique de la médication alcaline. Les eaux de Vichy, bicarbonatées sodiques, contribuent à atténuer d'une façon sensible le microbisme biliaire.

— Etienne CHABROL, LESCŒUR et Justin BESANCON ont étudié d'autre part l'action cholérétique des eaux de Vichy.

— M. E. BINET et F. NEPVEUX ont expérimenté les eaux de Vichy à l'aide du tubage duodénal, ils ont mis en évidence leur action sur la viscosité et la concentration biliaire, et leur accordent un pouvoir actif sur le cholestérol et les troubles intestinaux qui accompagnent si souvent la symptomatologie vésiculaire.

La prévention des états lithiasiques, l'action antiseptique et cholagogue de ces eaux en justifient la cure à dose modérée, dans la cholécystite non calculeuse chronique.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

*Observations personnelles dues à l'obligeance
de M. le Professeur Jean Baumel.*

OBSERVATION N° I. — M. PAG..., 46 ans.

Vient consulter pour des douleurs localisées à l'épigastre survenant presque tous les jours, immédiatement ou une heure après le repas de midi et du soir.

Signes fonctionnels et généraux : Le début remonte il y a 10 ans environ, peu intenses au début, les douleurs deviennent actuellement intolérables, courbant le malade en deux, accompagnées de vertiges et de nausées. Amaigrissement de 11 kilos depuis 2 ans. Céphalées très fréquentes, migraines tenaces. Appétit normal, constipation habituelle.

Signes physiques : Hypocondre droit globalement douloureux à la pression. Léger signe de Murphy. Douleur au Mac Burney. Foie et rate normaux.

Cholécystographie : 14 heures après l'injection intraveineuse de tétraïode, la vésicule est visible. L'opacité est homogène, il n'y a pas trace de calculs, l'exploration de la vésicule sous l'écran est douloureuse. La vésicule se voit aussi bien en position couchée que debout.

Un nouvel examen pratiqué 16 heures après l'injection montre la vésicule encore visible.

La région du bulbe duodénal est fixée par des adhérences à la vésicule.

La radiographie intestins-estomac est négative.

Le tubage : Bile A, normale.

Bile B, très petite quantité (5 cc.) trouble, verdâtre, leucocytose importante, hématies et cellules épithéliales.

Bile C, absente.

Traitement : Le malade est soumis à une cure alternée de tubage et de légers cholérétiques.

Guérison complète.

OBSERVATION N° II. — Mme SER..., 40 ans.

Vient consulter pour une crise aiguë apparue brutalement, étiquetée « colique hépatique » par le médecin traitant. Crise douloureuse intense dans l'hypocondre droit, ni ictère, ni modification des selles et des urines.

Signes fonctionnels et généraux : Présente habituellement aussitôt chaque repas des douleurs gastriques à type de brûlure, qui cessent rapidement après ingestion d'aliments, nausées fréquentes, mais pas de vomissements. Constipation habituelle, amaigrissement de 2 kilos en un an. Anorexie, migraines, état général très déficient.

Signes physiques : Hypocondre droit sensible à la pression, pas de Murphy. Foie volumineux, 4 travers de doigt au-dessous des fausses côtes, rate normale, poumons, cœur, s.n. : r. à s. Reins : trace d'albumine, excès d'urobiline, ni sucre, ni sels, ni pigments. Azotémie : 0,36. Cholestérol : 1,89.

Hépatographie : Foie volumineux, douloureux à la pression, région vésiculaire sensible, vésicule invisible.

Cholécystographie : Vésicule énorme (7 fois le volume normal), pas d'ombre calculeuse.

Estomac, intestins : Normaux.

Duodénum : Le passage à travers l'angle supérieur du duodénum s'effectue lentement. Le duodénum et le bulbe sont adhérents à la vésicule, volumineuse, et qui se vide mal après ingestion de repas de Boyden.

Tubage duodénal : Bile B, très foncée, épaisse, en petite quantité, 10 cc., polynucléose marquée, mucus : cellules épithéliales.

Bile A, absente.

Bile C, 10 cc., jaune clair, normale.

Traitement : Série de 6 tubages duodénaux avec 40 cc. de sulfate de magnésie par tubage.

12 séances d'ondes courtes, 30 minutes chaque séance (intensité moyenne).

Guérison complète. Disparition des douleurs. Amélioration de l'état général.

OBSERVATION N° III. — M. MU..., 28 ans.

Vient consulter pour une douleur dans l'hypocondre droit.

Signes fonctionnels et généraux : Douleurs transfixiantes à type douleurs de coliques hépatiques, localisées sous le rebord des fausses côtes, irradiant dans le dos, survenant par crises 3 ou 4 fois par an, depuis 4 ans. Les crises durent 2 jours, puis tout rentre dans l'ordre. On note pendant chaque crise un léger clocher thermique, mais ni ictère, ni décoloration des selles, urines normales.

Constipation tenace, céphalées continuelles et intenses.

Après chaque repas, somnolence, baillements, nausées. Pas d'amaigrissement.

Examen physique : Signe de Murphy nettement positif, léger subictère des conjonctives, foie et rate normaux. R. à s. par ailleurs.

Cholécystographie : 14 heures après injection intraveineuse de tétraiode, la vésicule est difficilement visible, les contours sont mal délimités, ombre homogène à l'intérieur, sans calculs. La pression est douloureuse. Estomac : région pylorique fixée. Duodénum : bulbe mal rempli, peu mobile, paraissant fixé par des adhérences, douloureux.

Tubage duodéal : Bile A, absente.

Bile B, 5 cc., épaisse, presque noire, lambeaux épithéliaux, cellules desquamées, leucocytes et pyocytes.

Bile C, petite quantité, jaune clair.

Traitement : 12 tubages duodénaux : 40 cc. de sulfate de magnésie chaque fois, 2 tubages par semaine.

Traitement de fond : cholagogues légers, alternés avec cholérétiques.

Amélioration très importante. Disparition des douleurs gastriques.

Augmentation de poids : 3 kilos en 6 mois.

OBSERVATION N° IV. — M. Goz..., 41 ans.

Vient consulter pour des douleurs vives survenant par crises localisées dans l'hypocondre droit.

Signes fonctionnels et généraux : Le début remonte il y a 10 ans. Une crise environ chaque année, crise caractérisée par de violentes douleurs dans l'hypocondre droit avec ictère, urines acajou, selles mastiq; crises courtes : 6 jours au maximum, légère fébricule vespérale pendant la crise. La douleur est très vive, irradiant dans le dos

et l'épaule droite. A signaler entre chaque crise : épistaxis fréquents et migraines tenaces.

Amaigrissement de 12 à 15 kilos en 6 mois.

Mauvais état général. Alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques.

Signes physiques : Douleur légère à la pression sous le rebord costal droit, sans Murphy proprement dit. Mac Burney sub-positif. Foie et rate normaux. Rien à signaler par ailleurs, sauf légère albuminurie et chevilles enflées le soir. Urée sanguine normale.

Cholécystographie : Méthode de Sandstrom, la vésicule est énorme, les parois épaisses, déformées, attirées vers la gauche, l'opacité est homogène sans ombre calculeuse.

Estomac : Normal. Région pylorique attirée vers la droite.

Duodénum : Bulbe et 2^e portion : normaux. Cependant la mobilité est restreinte.

Cæcum : Stases iléale et cœcale, appendice visible.

Traitement : 6 tubages duodénaux, bi-hebdomadaires, 40 cc. de sulfate de magnésie chaque fois. Après chaque tubage, ondes courtes, intensité moyenne : 30 minutes.

Traitement de fond : diététique et cholérétiques.

Guérison complète, les tubages une fois terminés.

OBSERVATION N° V. — Mme CROUZ..., 25 ans.

Vient consulter pour des douleurs gastriques dont elle se plaint depuis 5 ans.

Signes fonctionnels et généraux : Douleurs épigastriques à type de brûlure trois quarts d'heure après chaque repas de midi et du soir. Deux fortes crises par an, d'une durée de 15 jours, sans aucune rémission pendant cette période. Durant la crise, douleurs abdominales localisées

à la fosse iliaque droite, pour lesquelles on a pratiqué une appendicectomie. Pas de vomissements. Quelques nausées après les repas, avec nombreux renvois, sensation de plénitude gastrique, palpitations. Constipation habituelle, amaigrissement de 3 kilos par an.

Examen physique : Signe de Murphy, nettement positif. Epigastre très sensible, foie et rate normaux. Poumons : une crise d'asthme il y a 3 ans. Rien à signaler par ailleurs. Tension artérielle : 12/8.

Cholécystographie : Méthode de Sandstrom. Vésicule volumineuse, déformée, ombre homogène sans ombre calculeuse; se vide très lentement après repas de Boyden.

Radiographie : Estomac, duodénum, intestins : rien à signaler.

Tubage : Bile A, normale. Bile B, 80 cc. de bile B, épaisse, noirâtre avec mucosités, polynucléose, hématies. Bile C, trouble. Quelques pyocytes.

Traitement : 6 tubages duodénaux : amélioration sensible de la symptomatologie et de l'état général, dès les premiers tubages.

Traitement de fond : cholérétiques légers (romarin, Haarlem) et dététique. Guérison complète au bout d'un mois de traitement.

OBSERVATION N° VI. — Mme GNU..., 51 ans.

Vient consulter avec le diagnostic déjà posé d'ulcère gastrique.

Signes fonctionnels et généraux : Se plaint depuis 20 ans de douleurs localisées un peu à droite de l'épigastre, survenant d'une façon intermittente, 8 jours tous les 2 mois. Les douleurs sont à type de brûlures survenant 4 à 5 heures après le repas de midi et du soir, réveillant la malade la nuit. Ni vomissement, ni nausée, renvois abondants, palpitations post-prandiales; à noter : pendant la

crise, des urines rouges et une légère fébricule vespérale. Pas d'ictère. Selles normales, pas de constipation.

Signes physiques : Etat général déficient, amaigrissement de 10 kilos en deux mois. Douleur à la pression de l'épigastre. Hypocondre droit sensible, mais pas de signe de Murphy. Foie et rate normaux. Rien à signaler par ailleurs.

Tubage duodéal : Bile A et C : normales.

Bile B : « Presque absente », cristaux, cellules desquamées, polynucléose, mucus.

Hépatographie : Foie normal. Pas d'ombre calculeuse.

Cholécystographie : Vésicule énorme, déformée, attirée vers la gauche (3 ou 4 fois comme une vésicule normale), ombre homogène sans calculs, repas de Boyden ne fait pas évacuer la vésicule.

Duodénum : Paraît fixé par des adhérences.

Intestins : Colite spasmodique gauche.

Traitement : 6 tubages duodénaux. 40 cc. de sulfate de magnésie par tubage. Ondes courtes : 12 séances, 30 minutes, intensité moyenne. Traitement de fond : légers cholagogues et diététiques.

Guérison complète.

OBSERVATION N° VII. — M. PRAD..., 37 ans.

Vient consulter pour des douleurs épigastriques, des migraines continuelles et un amaigrissement considérable : 15 kilos en un an.

Signes fonctionnels et généraux : Se plaint de l'estomac depuis 1918. Douleurs tous les jours, une demi-heure après chaque repas, à type de pesanteur épigastrique sans aucune période d'accalmie. Jamais de vomissements, nausées fréquentes et renvois. Appétit irrégulier : constipation opiniâtre.

Signes physiques : Etat général déficient, sujet amaigri, asthénique. Douleurs localisées à l'épigastre et à la pression de l'hypocondre droit, sans aucun Murphy. Foie et rate normaux. Rien à signaler par ailleurs.

Cholécystographie : Méthode de Sandstrom : Vésicule énorme, parois épaissies en bissac, douloureuse à la pression profonde. Ombre homogène sans calculs.

Intestins : Colite spasmodique gauche très marquée. Diverticulose du transverse.

Tubage : Bile A : 15 cc. leucocytes, cellules desquamées, hématies.

Bile B : Mucus, pigments en grande quantité, cristaux.

Bile C : Très petite quantité, jaune clair, polynucléose.

Traitement : Tubages duodénaux et uroformine. Au bout du quatrième tubage (40 cc. de sulfate de magnésie par tubage), les douleurs épigastriques ont disparu complètement; le malade est transformé, reprise de poids de 2 kilos en un mois, l'appétit revenu.

OBSERVATION N° VIII. — Mme BRU..., 63 ans.

Vient consulter pour des douleurs localisées dans l'hypocondre droit.

Signes fonctionnels et généraux : Pesanteur occupant l'hypocondre droit survenant immédiatement après le repas, le début remonte à une quinzaine d'années. Pesanteurs presque quotidiennes sans période d'accalmie. Palpitations et renvois post-prandiaux. Constipation opiniâtre. N'allait à la selle qu'avec lavements et laxatifs. Selles rares avec peaux et glaires. Hémorroïdes importantes. Céphalées et migraines continuelles. Amaigrissement de 5 kilos depuis deux mois.

Signes physiques : Mauvais état général. Douleur épigastrique à la palpation, signe de Murphy positif retrouvé

à plusieurs reprises. Hépatomégalie (2 travers de doigts). Rate normale. Rien à signaler par ailleurs.

Cholécystographie : Pilules de tétraiode par voie buccale. Vésicule visible augmentée de volume, le pôle en rapport avec la face inférieure du foie est dentelé, la vésicule est déformée et déviée vers la gauche. 22 heures et 46 heures après, la vésicule est encore remplie; estomac : normal. Duodénum : angle supérieur du duodénum et 2^e portion, en contact avec bord inférieur de la vésicule.

Intestins : Normaux d'aspect et de transit.

Traitement : Uroformine et cholérétiques.

Amélioration considérable. Le foie redevient normal. Une nouvelle cholécystographie montre une vésicule diminuée de volume et qui se vide en 16 heures.

CONCLUSIONS

La cholécystite non calculeuse chronique est une affection fréquente et complexe. Elle paraît être la résultante d'une infection éloignée d'origine intestinale et sanguine. Elle se manifeste cliniquement : soit par des douleurs vésiculaires provoquées ou spontanées, soit par une symptomatologie d'emprunt, hépatique ou gastro-intestinale. Des signes précis fournis par la cholécystographie et le tubage duodénal complètent ce tableau clinique varié et assurent le diagnostic.

L'évolution est chronique, par poussées successives, suivie à la longue d'une altération marquée de l'état général.

— Alors que la thérapeutique de la lithiase vésiculaire semble relever presque exclusivement du traitement chirurgical, la thérapeutique de la cholécystite non calculeuse chronique appartient à la médecine.

On envisagera successivement le traitement vésiculaire et celui des troubles gastro-intestinaux en ne perdant pas de vue le bon fonctionnement hépatique.

— On cherchera à diminuer l'infection vésiculaire par

les antiseptiques biliaires dont le représentant le plus actif est l'hexaméthylène-tétramine, en injections intra-veineuses et à la dose quotidienne de 4 gramme pendant les huit jours de la cure.

— Mais le moyen thérapeutique le plus efficace sera sans conteste le drainage biliaire mécanique ou médicamenteux.

Les tubages duodénaux suivis de l'excrétion vésiculaire provoquée par le sulfate de magnésie activent la chasse biliaire, drainent foie et vésicule et contribuent ainsi à l'asepsie du cholécyste.

Ils seront associés ou alternés, suivant les cas et l'importance des lésions, avec une médication cholagogue et cholérétique prudente prescrite par séries courtes, du type huile de HAARLEM, huile d'olive, atophan ou cholérétiques végétaux.

— Les applications de diathermie ou mieux d'ondes courtes apporteront une sédation remarquable aux réactions douloureuses de la vésicule.

— Les troubles gastro-intestinaux seront traités au même titre que la lésion vésiculaire. Les douleurs gastriques seront atténuées par le traitement classique belladone-bismuth.

La constipation, si fréquente, sera combattue à l'aide d'un régime associé aux laxatifs lubrifiants ou mucilagineux.

— On assurera enfin le bon fonctionnement du foie par une diététique appropriée complétée au besoin par une cure hydro-minérale du type Vichy ou Carlsbad.

— Ce n'est que devant l'échec complet du traitement

médical patiemment appliqué que l'on sera en droit de penser à la chirurgie et de faire pratiquer chez ces malades une cholécystotomie avec drainage prolongé, intervention qui sera précédée d'une étude attentive de la fonction hépatique et qui sera toujours suivie d'un traitement médical d'entretien.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

HARVIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI. — Trait. méd. des chol. non calc. chron. (*Bull. Gén. Thér.*, 1935, n° 9).
- ABRAMI. — La désinfection du cholécyste par l'antisepsie médicale (*Congrès International de la Lithiase biliaire*, Vichy, 1932).
- ABRAMI. — Les ictères infectieux d'origine septicémique et l'infection descendante des voies biliaires (*Thèse*, Paris, 1910).
- AIMARD. — Emploi, valeur et indications de la diathermie dans les réactions douloureuses de la vésicule biliaire (*Journal Médical Français*, avril 1925).
- ALLARD. — Traitement duodénal des cholécystites (*Zentralbl. f. inn. Med.*, 1926, t. XLVII, p. 336).
- ANDERSON. — The X-ray examination of the gallbladder (*New Zealand Med. Jour.*, 1925, XIV, 201-209).
- ASHER. — Duodenalbiliary drainage non surgical (*Jour. Med. Soc. New Jersey*, oct. 1918, t. 25, p. 635-644).
- AUDOUY et DILLENSEGER. — Cholécystographie et tubage duodénal (*Revue Méd. Chir. des Mal. du Foie*, 1929, t. 4, p. 27).
- BACHY G. — Etude de la lithiase biliaire d'après une sta-

- tistique personnelle de 145 cas (*Revue de Chirurgie*, n° 4, 1932).
- BAIN. — The diagnosis and treatment of subacute cholecystitis (*The Lancet*, 9 mars 1929, p. 495).
- BECKMANN. — Une nouvelle méthode de destruction des bactéries dans les voies biliaires au cours des angiocholites et des cholécystites (*Munch. Med. Wochens*, n° 48, 30 novembre 1928, p. 1042).
- BERARD et MALLET-GUY. — Exploration fonctionnelle des voies biliaires en chirurgie (Masson, 1932).
- BERARD, MALLET-GUY et VACHEZ. — Le problème de la bile B. Quelques faits chirurgicaux justifiant l'épreuve de Meltzer-Lyon (*Revue Médico-Chir. des Maladies du Foie*, février 1928).
- BAUMEL Jean. — Les régimes dans les maladies de l'appareil digestif (*Fichier Méd. Montpelliérain*, juin 1927).
- BAUMEL Jean. — La cholécystographie. Voie intra-veineuse et voie buccale. Etude critique (*Gazette Méd. de France*, 15 mars 1934).
- BAUMEL Jean. — Le tubage duodénal (*Montpellier-Médical*, octobre 1934).
- BAUMEL Jean. — 10 cas de cholécystites à lamblias traités par le tubage duodénal (*Montpellier-Médical*, mai 1935).
- BERNARD. — Le drainage médical des voies biliaires sans drainage médical (*Paris-Médical*, n° 44, 1927).
- BERTRAND-FONTAINE. — La thérapeutique des maladies du foie et des voies biliaires en 1935 (*Bull. Gén. de Thér.*, n° 9, 1935).
- BINET M. E. — Les grandes lignes du traitement médical des angiocholécystites chroniques (*Hôpital*, XIV, 1926, n° 163, 15 mars, p. 109).
- BINET M. E. — Les types cholécystites chroniques et leur

- traitement hydro-minéral (*Société Hydrologie Médicale de Paris*, 7 février 1927).
- BOYDEN-EDWARD A. — *Ant. Rec.* 1925, XXX, 333-336 and 3 pl.
- CAILLEUX. — Contribution à l'étude des cholécystites non lithiasiques et à leur traitement par l'eurotrophine intra-veineuse (Jouve, *Thèse*, Paris, 1934).
- CARNOT et Mlle GRUDZEWSKA. — *Bulletin Société de Biologie*, Paris, 20 mars 1926, p. 756.
- CARNOT et LIBERT. — Application pratique du tubage duodénal au diagnostic et au traitement (*Journal de Méd. et de Chir. Prat.*, t. CVII, 10 avril 1922, p. 229).
- CAROLI. — Les hépatites ictérogènes de la lithiase (*Thèse*, Paris, 1931).
- CHABROL. — Médication cholérétique, ses indications et contre-indications dans la lithiase vésiculaire (*Congrès Internat. de la Lithiase biliaire*, Vichy, 1932).
- CHABROL et CHARONNAT. — Les agents thérapeutiques de la sécrétion biliaire (*Annales de Médecine*, 1932).
- CHABROL et CHARONNAT. — La revision du chapitre des cholagogues (*Paris-Médical*, 7 décembre 1929, p. 502).
- CHABROL, CHARONNAT, MAXIMIN, PORIN et PIETTRE. — L'action cholérétique des acides de la série aromatique (*Presse Médicale*, 29 mars 1930).
- CHABROL et MAXIMIN. — Recherches expérimentales sur les cholagogues administrés par voie veineuse (*Presse Méd.*, 22 mai 1929).
- CHABROL et MAXIMIN. — Action inhibitrice du sulfate de magnésie sur la sécrétion hépatique de la bile (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 7 décembre 1928).

CHIAROLANZA. — *Zeitsch. f. Hygiene*, 1906, t. LXII.

CHIRAY. — Traitement médical des cholécystites chroniques (*Rapport au XI^e Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, Montréal, 1930).

CHIRAY. — La cholécystite chronique non calculeuse (*Maroc Médical*, 36 bis, décembre 1934).

CHIRAY. — L'huile d'olive per os en thérapeutique (*Presse Médicale*, 1^{er} novembre 1930).

CHIRAY et MARCOTTE. — Les sels biliaires de la bile au cours des cholécystites (*Bull. et mémoir. de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, 2 mai 1930).

CHIRAY et MILOCHEVITCH. — Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire par l'excrétion vésiculaire provoquée (1 volume, Paris, Masson, 1924).

CHIRAY et PAVEL. — La vésicule biliaire (Masson, édit., 1927).

CHIRAY, PAVEL et MARIE. — Cholécystites chroniques non lithiasiques (*Presse Médicale*, octobre 1926, n° 82).

CHIRAY et Ch. RIBADEAU-DUMAS. — Nutrition (1931, t. I).

COSTE. — Drainage médical des voies biliaires par le mélange sulfate de magnésie-peptone (*Thèse*, Paris, 1926).

DAMADE. — Etude sur le tubage duodénal (1 vol., 1926, Paris, Masson et Cie, éditeurs).

DAUSSET. — Note sur les résultats de mon expérience actuelle des ondes courtes en thérapeutique (*Bull. Société Franç. Electricité*, n° 1, janvier 1933).

DAVID. — Traitement de la cholécystite (*Bull. Méd.*, n° 33, 3 août 1929, p. 855).

DAYNEZ. — *Thèse*, Lille, 1929.

- DEAVER John B. — *The New England Journal of Medecine*, 24 juin 1929.
- DEHOGUES. — Contribucion al tratamiento de las colecistitis agudas y cronicas (Anno LVI, n° 4, avril 1930, *Cronica Medico Quirurgico de La Habana*).
- DELHERM et DAUSSET. — 3° Congrès International de la Radio (juillet 1931).
- DELHERM et DAUSSET. — Physiothérapie sédative des affections vésiculaires (*Revue act. et physio.*, septembre 1932).
- DELHERM et LAQUERRIÈRE. — *Journal Médical Français*, avril 1925.
- DILLENSEGER. — *Bulletin Société Electrique*, 1931.
- DURAND Gaston et DELHERM. — *Presse Médicale*, 19 janvier 1929.
- DUTHOIT. — L'hexaméthylène-tétramine au point de vue chimique, physiologique, bactériologique, thérapeutique (*Thèse*, Lille, 1923).
- EINHORN. — Discussion de l'épreuve de Meltzer-Lyon (*Presse Médicale*, 30 décembre 1925).
- ETIENNE et DROUET. — Le drainage médical des voies biliaires dans la cholécystite chronique non lithiasique (*Gazette Médicale de France*, 15 novembre 1929, p. 379).
- FIESSINGER. — Rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase (*Congrès International de la Lithiase biliaire*, Vichy, 1932).
- GAULTIER. — Drainage non chirurgical des voies biliaires au cours des cholédocites et cholécystites infectieuses (*Journal de Médecine de Paris*, n° 19, 1926).
- GUTTMANN. — Syndromes douloureux de la région épigastrique (G. Doin).

- HALPHEN-AUCLAIR. — Diathermie et ondes courtes (*Electrothérapie*, n° 10, décembre 1931).
- HALPHEN, AUCLAIR, POITTEVIN, HEURARD. — Contribution à l'étude physique et biologique de la diathermie à ondes courtes (*Arch. Electricité Médicale*, octobre 1932).
- HARVIER. — Le tube digestif (*Collection des Initiations Médicales*, Masson, Paris, 1933).
- HARVIER et J. CAROLI. — Les lésions du foie dans les ictères lithiasiques (*Cong. Intern. de la Lithiase bil.*, Vichy, 1932).
- HAUDUROY. — *Bulletin Société de Biologie*, Paris, 23 mars 1925, XCIII, 1442.
- HIRCH. — *Wien. Med. Woch.*, 1925.
- KNOOT. — Le salicylate de soude dans les maladies des voies biliaires (*Guy's Hospital Report*, avril 1926).
- LABBE, DEMOOR, NEPVEUX. — Le tubage duodénal et son application à l'étude des maladies des voies biliaires (*Soc. Gastro-entér.*, 12 mars 1921).
- LAFFITE et P. A. CARRIE. — Maladie du foie et des voies biliaires (Gustave Doin, éditeur, 1928).
- LIBERT. — Le tubage duodénal (*Thèse*, Paris, 1934).
- LIGABUE. — Contribution à l'étude clinique et au traitement des cholécystites chroniques non calculieuses (*Clinica Chirurgica*, 30 juin 1929).
- LIMICHIN. — *Thèse*, Lille, 1921.
- LOEPER. — Thérapeutique médicale III. Foie, glandes endocrines et nutrition.
- LYON. — Diagnostic et traitement de la cholécystite et angiocholite par la méthode de drainage physiologique des voies biliaires (*Am. J. Méd. Sc.*, 1920).
- LYON et SWALM. — Valeur thérapeutique du drainage

- non chirurgicaux des voies biliaires (*Journal of the Am. Med. Ass.*, 14 novembre 1925).
- LYON. — Non surgical drainage of the galltract (*Leaf-giber*, Philadelphia and New York, 1923).
- LYON. — Les voies biliaires et le foie peuvent-ils être traités médicalement (*Am. Journal of Med. Ass.*, octobre 1920).
- MACHLINE, V. GRIGOBENCO et Z. GOBOUNCOVA. — A propos de deux méthodes personnelles des cholécystites chroniques (*Presse Médicale*, 2 novembre 1935).
- MAIET-GUY et PUIG. — Applications cliniques de la méthode duodénale d'Einhorn, l'excrétion vésiculaire douloureuse (*Lyon-Médical*, 1927, CXL, 29-42).
- MILHAUD. — Les cholagogues (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1930).
- MILOCHEVITCH. — L'épreuve de Meltzer-Lyon (*Thèse*, Paris, 1924).
- MINET. — Avenir des cholécystites chroniques traitées par l'hexaméthylène-tétramine en injection intra-veineuse (*R.M.C., Maladies du Foie*, mai-juin 1929, p. 234).
- ORLEAN. — Du traitement des affections hépatiques par le tubage duodénal (*Arch. für Verdauungskr.*, t. XXXVII, 1926).
- RAMOND, BORCESCO, JACQUELIN. — Eléments fournis aux diagnostics des cholécystites par le tubage duodénal et l'examen clinique des biles A. B. C. (*Arch. des Mal. de App. digestif*, LXV, octobre 1925, n° 8).
- RAMOND, BORCESCO, ZIZINE. — Le drainage médical des voies biliaires par l'injection de produits chola-

- gogues (*Bull. de la Soc. Médicale des Hôpitaux*, 31 juillet 1925).
- ROTHMANN, MANNHEIM. — Mitteilungen aus dem Grenz der med. chir. Iena, t. XXXIII, 1921.
- SALOMON. — Le traitement diététique des affections biliaires (*Arch. für Verdauungskr.*, t. XXXIX, déc. 1926).
- SCHLIEPHAKE. — Les ondes courtes en biologie et en médecine (*Med. Klin.*, n° 4, 3 numéros du 22-25-29 janvier 1932).
- SEMELAIGNE. — Contribution à l'étude des cholécystites chroniques non calculeuses (*Thèse*, Paris, 1932).
- SICARD et LICHWITZ. — L'anesthésie locale intra-dermique (*Presse Médicale*, 27 avril 1929).
- SMIETHIES, KARSHNER et OLESON. — Non surgical drainage of the biliary tract (*Journ. of Am. Med. Ass.*, 1921).
- SPECHT. — Elimination des divers médicaments antiseptiques par la bile et leur action anti-microbienne dans la bile, la paroi vésiculaire et le foie (*Munch. Med. Woch.*, n° 20, 14 mai 1926).
- SURMONT et BUTTIAUX. — *Bulletin Acad. de Médecine*, 17 mai 1932.
- VACHEZ. — Tubage duodénal. Semeiologie de l'épreuve de Meltzer-Lyon (*Thèse*, Lyon, 1929).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — Introduction-Diagnostic	13
— II. — Les antiseptiques biliaires.....	21
— III. — Le drainage médical et médicamenteux.....	31
— IV. — Physiothérapie	44
— V. — Le traitement des troubles gastro-intestinaux.	51
— VI. — Le traitement de la participation hépatique...	53
— VII. — Observations	60
— VIII. — Conclusions	69
Bibliographie	72

